

格式化和智能化老年康复住院病历 关键要素书写规范专家共识

中国康复医学会老年康复专业委员会

* 通信作者:王玉龙, E-mail: ylwang66@126.com

收稿日期:2025-05-15;接受日期:2025-06-16

基金项目:深圳市“医疗卫生三名工程”资助项目(SZSM202111010)

DOI: 10.3724/SP.J.1329.2026.02004

摘要 格式化、智能化的老年康复住院病历书写对保障医疗质量、提高康复医师的工作效率、加强医保支付合理性管理至关重要。本共识基于《老年康复患者住院病案书写要点专家共识》的核心框架,研发了智能辅助病历书写工具,通过预设标准化模板、交互式数据录入组件及规则引擎驱动的智能辅助模块,辅助康复医护人员高效生成符合规范的住院病历。老年康复住院病历规范化书写的关键要素主要包括标准化选择的主诉、结构化提示的现病史、定量化的专科查体、疾病诊断和功能诊断、康复治疗计划。该共识强调功能导向的评定体系,建立与目前医保支付相匹配的病案首页诊断分类,实现从病历书写到康复治疗的全流程标准化管理,可为全国各级各类开展老年康复服务的医疗机构住院病历书写提供借鉴与参考。

关键词 老年康复;住院病历;智能化;康复医疗机构;医保支付;专家共识

1 引言

在人口老龄化进程加速与康复需求增加的双重压力下,老年康复服务需求已呈现多维度、高度复杂性的增长态势,是我国医疗卫生体系重点关注的问题之一^[1-2]。根据国家卫生健康委员会数据显示,我国康复医学科常见老年病种中60岁以上的患者占比约60%^[3]。老年康复患者普遍存在多病共存、多重用药及多功能障碍的特点^[4-6]。这类患者的病历书写面临3个挑战:传统病历难以全面反映复杂的功能障碍;医保支付改革[按疾病诊断相关分组付费(diagnosis related groups, DRG)/按病种分值付费(diagnosis-intervention packet, DIP)]要求病案首页诊断的填写与支付标准精准对应;老年患者病情变化快,需要动态调整治疗方案^[5,7]。

康复医学的核心目标在于改善患者功能,提高患者自理能力和生活质量。康复病历与传统的临床病历具有明显差异,康复病历以功能评定为核心

(如认知、吞咽、言语、运动功能、日常生活活动能力、心理以及与环境的互动能力等),据此制定个体化的康复治疗方案^[5,8-9]。本共识以老年脑卒中康复住院患者为例,紧扣康复病历的关键要素框架,通过结构化模板(主诉/现病史/专科查体/诊断/康复计划5个模块),构建标准化、格式化与智能化三位一体的老年康复住院病历体系,依托智能化的提示或标准,提升病历书写系统性、精准性、关键字段完整率,降低医保拒付风险,并避免医保监管部门的处罚。

为实现以上功能,兼顾提高康复医师病历书写效率及病案质量,共识专家组研发了智能辅助病历书写工具。该工具以轻量化Web端和移动端为交互载体,通过预设标准化模板、交互式数据录入组件(如下拉菜单)及规则引擎驱动的智能辅助模块,辅助康复医护人员高效生成符合规范的住院病历,实现病历书写的结构化建模、标准化录入、智能化

引用格式:中国康复医学会老年康复专业委员会. 格式化和智能化老年康复住院病历关键要素书写规范专家共识[J]. 康复学报, 2026, 36(2): 98-104, 112.

Geriatric Rehabilitation Committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine. Expert consensus on standardized and intelligent documentation of geriatric rehabilitation inpatient medical records [J]. Rehabil Med, 2026, 36(2): 98-104, 112.

DOI: 10.3724/SP.J.1329.2026.02004

©《康复学报》编辑部, 开放获取CC BY-NC-ND 4.0协议

© Rehabilitation Medicine, OA under the CC BY-NC-ND 4.0

校验,适用于医疗机构康复科住院患者的全流程病历管理与质量控制。见图1。

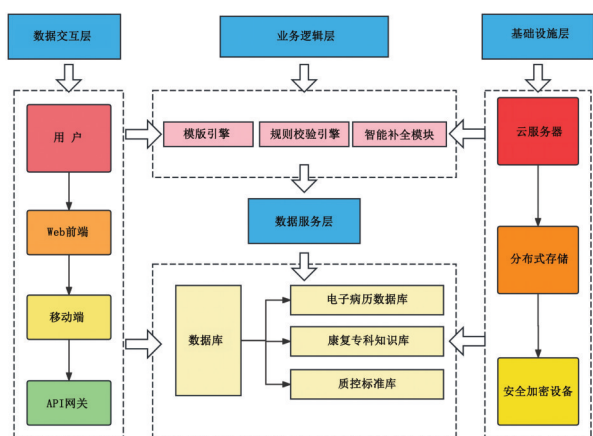


图1 智能辅助病历书写工具技术路线图

Figure 1 Technical roadmap of intelligent medical record writing tool

本共识由深圳市第二人民医院牵头,通过全国11家医疗机构康复医学科5年多时间的使用与总结,经国内从事老年康复的多位医学专家讨论后形成,可为多学科协作提供可量化数据,同时为适应DRG/DIP医保支付改革趋势,推动精准康复医学发展提供标准化平台。虽然暂未纳入老年康复其他病种,但本共识的分层框架(标准→格式→智能)可为全病种康复病历体系的构建提供范式参考与借鉴,推动康复医学从经验驱动向数据驱动转型。

老年康复住院病历关键要素书写规范智能化工具



图2 智能化主诉采集界面

Figure 2 Interface of intelligent chief complaint collection

2.2 结构化提示的现病史

康复医学的核心目标是功能恢复,而非仅针对疾病本身,因此其现病史的书写逻辑与传统临床病

2 老年康复住院病历规范化书写的关键要素

2.1 标准化选择的主诉

主诉是患者就诊的核心诉求,指促使患者就诊的主要功能障碍及持续时间,需聚焦功能障碍,严格对应康复医学科收治标准及医保支付目录^[5,10-11]。采用智能提示菜单,避免主观性描述。主诉标准化采用智能化下拉菜单设计。见图2。按脑卒中住院患者医保支付类别,根据功能障碍组合排列,系统提供以下标准化选项。

2.1.1 行走困难+时间 无其他功能障碍,如“左侧肢体活动不利2个月”。

2.1.2 行走困难伴认知缺损+时间 如“左侧肢体活动不利伴记忆力下降2个月余”。

2.1.3 行走困难伴吞咽困难+时间 如“左侧肢体活动不利伴吞咽困难3周”。

2.1.4 行走困难伴言语困难+时间 如“左侧肢体活动不利伴言语不利3个月”。

2.1.5 行走困难伴心肺受损+时间 如“左侧肢体活动不利伴气促1个月余”。

2.1.6 行走困难伴气管切开+时间 如“左侧肢体活动不利伴气管切开1个月”。

2.1.7 行走困难伴气管插管+时间 如“左侧肢体活动不利伴气管插管1个月”。

2.1.8 意识不清+时间 如“突发意识不清3周”。

历存在本质的区别。现病史结构化规定6个必填要素,包括发病时间、发病时临床表现、诊断、治疗措施、转变转归和入院情况^[9-10,12]。见图3。



图3 结构化现病史采集界面

Figure 3 Interface of structured history and present disease taking

- 2.2.1 发病时间 精确至年/月/日。
- 2.2.2 发病时临床表现 需描述功能障碍的诱因、性质及严重程度。
- 2.2.3 诊断 从发病到入院的诊断演变,基于检查结果生成疾病诊断。
- 2.2.4 治疗措施 包括药物、手术及康复介入。
- 2.2.5 转变转归 量化功能改善,如“转移功能由

- 卧床不起提升至可以独坐、扶站”。
- 2.2.6 入院情况 当前功能障碍及留置管道情况,如“留置导尿管”。
- 2.3 量化的专科查体
专科查体分为一般情况及功能状态评定,见图4。康复评定量表的应用是专科体格检查的重要特征。功能状态评定采用标准化的量化评估工具^[10,12-13]。



图4 量化专科查体界面

Figure 4 Interface of quantitative specialist physical examination

- 2.3.1 一般情况 在标准化的结构病历基础上,通过下拉式菜单进行选择。
 - 2.3.1.1 神志状况 主要包括清醒/嗜睡/昏睡/昏迷/意识模糊/谵妄状态。
 - 2.3.1.2 留置管道 主要包括无/鼻饲管/导尿管/经外周置入中心静脉导管(peripherally inserted central catheter, PICC)/气切套管。
 - 2.3.1.3 查体配合度 主要包括配合良好/欠佳/不配合。
 - 2.3.1.4 营养状况 采用营养风险筛查2002(Nutritional Risk Screening 2002, NRS2002)评估营养状况。
 - 2.3.1.5 活动能力 主要包括床上人/家庭人等类型。社会人应在门诊接受康复治疗,住院患者中应无社会人。

- 2.3.2 功能状态 通过提示性语言对患者的功能进行逐项评定,病历中仅显示评定的项目和结果。
 - 2.3.2.1 意识状态 若患者神志不清,应选用格拉斯哥昏迷评定量表(Glasgow Coma Scale, GCS)、修订版昏迷恢复评定量表(Coma Recovery Scale-Revised Scale, CRS-R)或持续性植物状态(Persistent Vegetative State, PVS)量表进行评定。
 - 2.3.2.2 认知功能 严重的认知功能障碍无需使用量表即可判断是否存在认知问题,轻度障碍者可选用简易智力状态评估量表(Mini-Cognitive Assessment, Mini-Cog)进行评定。该量表免费、无版权风险且非常简短,包含3个单词回忆和画钟测试,只需3~5 min即可完成测试,适合快速筛查,尤其适用于老年人群的痴呆症筛查。也可以选用简易智力状

态检查量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)。

2.3.2.3 吞咽功能 意识清楚者可选用洼田饮水试验;意识障碍者可选用纤维内镜吞咽评估(Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing, FEES),该方法无需患者主动配合,可直接观察咽分泌物、残留及误吸情况。

2.3.2.4 言语功能 波士顿诊断性失语症检查(Boston Diagnostic Aphasia Examination, BDAE)和西方失语症成套测验(Western Aphasia Test, WAB)是比较全面的,但可能耗时较长,不太符合临床需求。而美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS)中的语言部分比较简短,但可能不够详细。

2.3.2.5 运动功能 运动功能评定主要涉及床上转移(如翻身、坐起)和地面转移(如行走、轮椅驱动)。功能性评估可以采用“坐起测试”(30 s内从仰卧位到坐起的次数),也可以用Berg平衡量表(Berg Balance Scale, BBS)评定平衡功能;还可以进行轮椅操作能力评定。

2.3.2.6 心功能 常规心功能评定方法不适合无法配合或行走的患者。要考虑针对特殊群体的评估手段,如生命体征监测(心率、血压、血氧饱和度);

采用纽约心脏病协会(New York Heart Association, NYHA)心功能分级评估容量状态;实验室检查[如脑利尿钠肽(brain natriuretic peptide, BNP)、肌钙蛋白]可以间接反映心脏状态;动脉血气分析综合评估呼吸生理功能;影像学检查和心脏电生理检查(如心脏超声、心电图等)评估心功能。

2.3.2.7 心理状态 心理评估是了解自身心理健康状态的重要方式,普通人可以通过心理状况简易评估表进行初步评估。但需要注意的是,心理评估不能替代专业诊断,若发现严重问题应及时寻求专业帮助。

2.3.2.8 日常生活自理能力 根据患者的活动平面和完成的动作将失能者的日常生活自理能力分为完全不能自理、基本不能自理、大部分不能自理、小部分不能自理、基本自理和完全自理6个等级。根据其具体评分,可以评定康复疗效^[14-15]。

2.4 疾病诊断和功能诊断

功能诊断是康复医学的特征,与疾病诊断并列,疾病诊断需要与《国际疾病分类第10版》(International Classification of Diseases, 10th Revision, ICD-10)编码相匹配^[5,16],可通过下拉式菜单选择。见图5。



图5 智能推荐诊断界面

Figure 5 Interface of intelligent recommendation diagnosis

2.4.1 疾病诊断 诊断系统中疾病诊断按照以下层级结构化录入。

2.4.1.1 主要诊断 导致功能障碍的原发疾病,主要包括脑梗死、脑出血和蛛网膜下腔出血。

2.4.1.2 基础疾病 与主要诊断密切相关的慢性疾病,并按照本次入院对功能影响程度排序。基础疾病 ≥ 3 个按危险程度排序,如高血压、糖尿病、高脂血症、高尿酸血症、血管畸形、心房颤动等。

2.4.1.3 并发症 住院期间新发的问题是疾病发展过程中继发的问题,如肺部感染、深静脉血栓、癩

痢、压疮等。

2.4.1.4 合并症 合并症是独立存在的疾病,有可能影响功能的康复,如膝关节炎会限制训练。

2.4.2 功能诊断 主要包括认知功能障碍、吞咽功能障碍、言语功能障碍、心肺功能障碍、运动功能障碍和日常生活活动能力障碍,但不包括心理障碍、睡眠障碍、视力障碍、听力障碍等,符合目前住院患者的医保支付要求^[5,17]。

2.4.2.1 认知功能障碍 认知功能障碍影响对人、时间和空间的判断。

2.4.2.2 吞咽功能障碍 吞咽功能障碍影响经口进食。

2.4.2.3 言语功能障碍 言语功能障碍影响与他人的交流。

2.4.2.4 心肺功能障碍 心肺功能障碍影响肢体的转移。

2.4.2.5 运动功能障碍 运动功能障碍影响躯干、上肢或下肢转移。

2.4.2.6 日常生活活动能力障碍 患者功能的损伤影响到日常生活自理能力,如大小便障碍。

2.5 康复治疗计划

康复治疗计划是病史采集、体格检查和辅助检查后对患者存在的健康问题分析、总结和干预计划,是开具康复医嘱的依据^[12-13],通过提示性语言引导康复医师进行表述。见图6。



图6 康复治疗计划界面

Figure 6 Interface of rehabilitation treatment plan

2.5.1 一般情况

2.5.1.1 患者经济状况 医保/自费会影响康复项目选择,如医保限制高频次治疗。

2.5.1.2 照料资源 家属/护工,推荐照料者进行相应培训计划,如转移技巧指导。

2.5.1.3 居住环境 无障碍设施评估,如居家台阶改造建议。

2.5.2 主要问题 根据病史采集、体格检查和辅助检查发现的主要问题。需注意区分哪些是疾病问题或功能问题、能够处理的、处理难度较大、马上要处理或可以稍缓处理的,要与疾病诊断和功能诊断一致^[5,12]。

2.5.2.1 疾病相关 疾病相关问题包括主要诊断、基础疾病、并发症和合并症等。

2.5.2.2 功能相关 功能问题包括认知功能障碍、吞咽功能障碍、言语功能障碍、运动功能障碍、日常生活活动能力障碍等。

2.5.3 治疗目标

2.5.3.1 近期目标 1~2周内可以完成的治疗目标,如明确诊断、评定患者功能状况、存在何种功能障碍、功能障碍严重程度、选择康复治疗手段和方法、控制基础疾病、防治并发症等。如脑卒中后是否有癫痫风险需要进行电生理检查、控制肺部感染、

通过功能评定发现功能障碍的类别/严重程度^[18-19]。

2.5.3.2 远期目标 患者出院时实现的任务,如拔除鼻饲管、实现辅助步行50m(10米步行试验 ≤ 30 s)等^[19-20]。

2.5.4 康复方案 主要是为了明确诊断、疾病控制、康复预防和功能恢复制定的治疗方案,应突出康复治疗技术在以功能为导向的康复服务中的价值^[5,13,21]。

2.5.4.1 基础疾病治疗 主要是高血压、糖尿病、高脂血症、心房颤动等治疗。

2.5.4.2 并发症预防 主要是营养不良、肺部感染、压疮、深静脉血栓的防治。

2.5.4.3 功能康复 主要是针对患者存在的问题(如认知功能障碍、吞咽功能障碍、言语功能障碍、心肺功能障碍、运动功能障碍、日常生活活动能力障碍),通过物理治疗、作业治疗、言语治疗、心理治疗、辅助器具治疗和中医治疗改善、恢复和/或重建功能,提升患者的生活质量。

2.5.5 注意事项 主要是针对患者住院期间可能存在的风险,制定预防措施、风险出现时的紧急处理方案^[4-5,22]。

2.5.5.1 风险预警 如高血压患者在抗阻训练时可能导致血压升高;糖尿病患者训练时可能出现低血

糖反应;偏瘫患者行走时可能出现跌倒,应制订预防方案。

2.5.5.2 应急处理 如误吸预防方案;呛咳时立即停止进食,必要时急救,并记录事件发生时间及处理措施。

2.5.6 患者及家属签字确认 上述康复方案需要患者或患者家属的同意、签订知情同意书和电子签名存档。内容应包括治疗目标(如“2周内拔除鼻饲管”)、风险(如误吸)及康复方案(如吞咽康复或长期管饲)。

3 小 结

本共识通过标准化、格式化、智能化三位一体的方式系统解决了康复住院病历书写中的核心问题。通过格式化模板与智能化工具的结合,构建了完整的康复住院病历标准化体系,明显提升了康复病案的书写效率与质量,同时强化了医保合规性及多学科协作能力。见表1。考虑到康复病历与临床专科病历的协同关系,有意省略共性内容,未重复常规医疗记录要素,包括大病历中的既往史、个人史、婚育/月经史、家族史。病程记录作为康复医疗过程中的动态医疗文书,主要记录患者目前基本情况、病情变化、每日/每周的功能状态变化、康复治疗反应/预后及调整依据。由于康复医学的高度个性化特性,传统病程记录通常以自由文本形式存在,未强制纳入标准化模板。本共识未来需进一步探索人工智能在预后预测、个性化康复方案推荐中的应用,并推动区域化医疗数据的互联互通,以支持更大规模的临床研究及政策优化。

表1 康复住院病历标准化元素与实现方式对照表

Table 1 Comparison of standardized elements and implementation methods of rehabilitation inpatient medical records

核心元素	标准化要求	格式化设计	智能功能
主诉	功能导向	下拉菜单	医保匹配
现病史	六要素完整	结构化表单	智能提示
专科查体	量化评估	电子量表	自动评分
诊断	双轨制	层级模板	智能推荐
治疗计划	六维一体	交互式界面	缺项提醒

共同执笔:

黄美玲、王玉龙、郑洁皎。

共识专家组成员(按姓氏笔画排序):

王大力(华北理工大学附属医院)、王玉龙(深圳大学第一附属医院、深圳市第二人民医院)、王建

晖(河南大学附属南石医院)、冯君(杭州市临平区中西医结合医院)、许建文(广西医科大学第一附属医院)、阳初玉(广西壮族自治区江滨医院)、孙伟(云南圣约翰医院)、吕晓(宁波大学附属第一医院)、汤炳煌(厦门弘爱康复医院)、李华(深圳大学第一附属医院、深圳市第二人民医院)、李红玲(河北医科大学第二医院)、李求兵(中日友好医院)、李爱川(东方华康医疗集团)、李新科(宁波市第九医院)、杨坚(上海市徐汇区中心医院)、肖鹏(深圳市大鹏新区南澳人民医院)、何正超(雅安雨城容大医院)、宋振华(海口市人民医院)、陈秀恩(复旦大学附属华东医院)、陈启波(广西壮族自治区人民医院)、欧海宁(广东省中医院)、周杰(重庆市中医院)、周明成(上海市第一康复医院)、周新建(重庆渝西医院)、郑洁皎(复旦大学附属华东医院)、赵凯(安徽医科大学第一附属医院)、侯为林(江苏省常州市中医医院)、查甫兵(深圳大学第一附属医院、深圳市第二人民医院)、贾杰(复旦大学附属华山医院)、黄美玲(深圳大学第一附属医院、深圳市第二人民医院)、黄力平(天津体育学院)、商晓英(黑龙江省医院)、蒋华(成都大学附属医院)、蒋拥军(深圳平乐骨伤科医院、深圳市坪山区中医院)、蒋佼佼(四川大学华西医院)、喻秀丽(重庆医科大学附属第一医院青杠老年护养中心)、谭同才(浙江省人民医院)。

参考文献

- [1] CIEZA A, CAUSEY K, KAMENOV K, et al. Global estimates of the need for rehabilitation based on the global burden of disease study 2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019 [J]. *Lancet*, 2021, 396(10267): 2006-2017.
- [2] GUO X, HUO J K, DAI W W, et al. Current state and challenges of rehabilitation needs among elderly—China, 1990-2019 [J]. *China CDC Wkly*, 2022, 4(39): 871-874.
- [3] 国家卫生健康委员会. 中国卫生健康统计年鉴 2023 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2024: 156-159. National Health Commission. *China Health Statistics Yearbook 2023* [M]. Beijing: Peking Union Medical College Press, 2024: 156-159.
- [4] SWANSON R, ROBINSON K M. Geriatric rehabilitation: gait in the elderly, fall prevention and parkinson disease [J]. *Med Clin North Am*, 2020, 104(2): 327-343.
- [5] 中国康复医学会老年康复专业委员会. 老年康复患者住院病案书写要点专家共识 [J]. *康复学报*, 2024, 34(4): 336-340, 348. Committee of Geriatric Rehabilitation of Chinese Association of Rehabilitation Medicine. Expert consensus on key points of inpa-

- tient medical records documentation for geriatric rehabilitation patients [J]. *Rehabil Med*, 2024, 34(4): 336-340, 348.
- [6] 陈峥,陈雪丽.老年康复现状与趋势[J]. *华西医学*, 2019, 34(5): 494-497.
CHEN Z, CHEN X L. Status and trend of geriatric rehabilitation [J]. *West China Med J*, 2019, 34(5): 494-497.
- [7] ROTHGANG H. On the need for financial and structural reform of long-term care insurance [J]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2023, 66(5): 498-507.
- [8] BEAN J F, ORKABY A R, DRIVER J A. Geriatric rehabilitation should not be an oxymoron: a path forward [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2019, 100(5): 995-1000.
- [9] 励建安,黄晓琳. *康复医学* [M]. 北京:人民卫生出版社, 2016: 8-10.
LI J A, HUANG X L. *Rehabilitation medicine* [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2016: 8-10.
- [10] 叶海燕,秦晴,刘叶,等.康复住院病案首页结构、内容和数据标准化研究[J]. *中国康复理论与实践*, 2025, 31(1): 55-66.
YE H Y, QIN Q, LIU Y, et al. Structure, content and data standardization of inpatient rehabilitation medical record summary sheet [J]. *Chin J Rehabil Theory Pract*, 2025, 31(1): 55-66.
- [11] 顾掌生,吴巍.解析《病历书写基本规范》[J]. *中国医院管理*, 2010, 30(7): 6-8.
GU Z S, WU W. Analysis of the basic standard of documentation of the medical record [J]. *Chin Hosp Manag*, 2010, 30(7): 6-8.
- [12] 国家康复医学专业医疗质量控制中心专家委员会,国家康复医学专业医疗质量控制中心办公室,国家脑损伤评价医疗质量控制中心,等.康复医学科结构化病历推荐意见(2023版)(二):专科结构化病历范例[J]. *中国康复理论与实践*, 2025, 31(1): 70-84.
National Center for Healthcare Quality Management in Rehabilitation Medicine Expert Commission, National Center for Healthcare Quality Management in Rehabilitation Medicine Office, National Brain Injury, et al. Structured medical records in rehabilitation medicine: II. Example [J]. *Chin J Rehabil Theory Pract*, 2025, 31(1): 70-84.
- [13] 中国康复医学会物理治疗专业委员会,中国康复医学会作业治疗专业委员会.住院患者康复治疗文书书写要点专家共识[J]. *康复学报*, 2025, 35(2): 124-129.
Chinese Physical Therapy Association, China Occupational Therapy Association. Expert consensus on key writing points for inpatient rehabilitation treatment documents [J]. *Rehabil Med*, 2025, 35(2): 124-129.
- [14] 王玉龙.基于大数据云平台的智能化失能等级评定方法研究与应用[J]. *康复学报*, 2022, 32(4): 285-292.
WANG Y L. Application of intelligent disability rating method based on big data cloud platform [J]. *Rehabil Med*, 2022, 32(4): 285-292.
- [15] WANG Y L, GUO S S, ZHENG J J, et al. User testing of the psychometric properties of pictorial-based disability assessment Longshi Scale by healthcare professionals and non-professionals: a Chinese study in Shenzhen [J]. *Clin Rehabil*, 2019, 33(9): 1479-1491.
- [16] 国家康复医学专业医疗质量控制中心专家委员会,国家康复医学专业医疗质量控制中心办公室,国家脑损伤评价医疗质量控制中心,等.康复医学科结构化病历推荐意见(2023版)(一):入院记录(住院志)[J]. *中国康复理论与实践*, 2025, 31(1): 67-69.
National Center for Healthcare Quality Management in Rehabilitation Medicine Expert Commission, National Center for Healthcare Quality Management in Rehabilitation Medicine Office, National Brain Injury, et al. Structured medical records in rehabilitation medicine: I. admission record/note [J]. *Chin J Rehabil Theory Pract*, 2025, 31(1): 67-69.
- [17] 盛政,李月霞,阮艺华.建立以功能相关分类为基础的康复住院医保支付方式的探索与思考[J]. *中国医疗保险*, 2018(11): 45-48.
SHENG Z, LI Y X, RUAN Y H. To explore the establishment of function related groups based on the rehabilitation of hospitalization medical insurance payment [J]. *China Health Insur*, 2018(11): 45-48.
- [18] RODRIGUEZ-LARRAD A, ARRIETA H, REZOLA C, et al. Effectiveness of a multicomponent exercise program in the attenuation of frailty in long-term nursing home residents: study protocol for a randomized clinical controlled trial [J]. *BMC Geriatr*, 2017, 17(1): 60.
- [19] SMIT E B, BOUWSTRA H, HERTOOGH C M, et al. Goal-setting in geriatric rehabilitation: a systematic review and meta-analysis [J]. *Clin Rehabil*, 2019, 33(3): 395-407.
- [20] DEMERS L, DESROSIERS J, SKA B, et al. Assembling a toolkit to measure geriatric rehabilitation outcomes [J]. *Am J Phys Med Rehabil*, 2005, 84(6): 460-472.
- [21] 窦祖林,李奎,李鑫. *康复治疗记录的撰写* [M]. 北京:人民卫生出版社, 2016: 130-133.
DOU Z L, LI K, LI X. *Documentation recording and writing for rehabilitation therapist* [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2016: 130-133.
- [22] TIJSEN L M J, DERKSEN E W C, ACHTERBERG W P, et al. A qualitative study exploring professional perspectives of a challenging rehabilitation environment for geriatric rehabilitation [J]. *J Clin Med*, 2023, 12(3): 1231.

(下转第 112 页)